

Tijdschr Jeugdgezondheidsz (2021) 54:16–17
<https://doi.org/10.1007/s12452-021-00266-3>

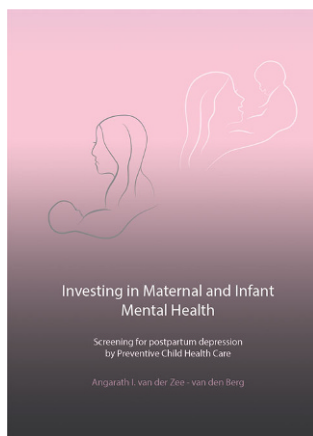


Screenen op postpartum depressie door de Jeugdgezondheidszorg

A. I. van der Zee - van den Berg

Published online: 3 november 2021

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2021



Titel: Investing in maternal and infant mental health – screening for postpartum depression by Preventive Child Health Care

Thesis: Universiteit Twente, Enschede

Promotiedatum: 9 april 2021

Promotoren: dr. M.M. Boere-Boonekamp, prof.dr. S.A. Reijneveld

ISBN: 978-90-365-5125-0

Link: <https://research.utwente.nl/en/publications/investing-in-maternal-and-infant-mental-health-screening-for-post>

Wat waren het doel en de vraagstelling?

Een depressie na de bevalling (postpartum depressie, afgekort PPD) komt voor bij ongeveer een op de tien moeders. Naast de impact van een depressie op de

vrouw zelf, kan de depressie ook gevolgen hebben voor het kind. Een depressieve moeder is vaak minder in staat om de signalen van haar kind te lezen en daarop te reageren. Dit kan de hechting en sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind op jonge leeftijd negatief beïnvloeden en doorwerken tot aan de volwassen leeftijd.

Hoewel tijdig signaleren in het belang is van zowel moeder als kind, wordt vaak pas laat duidelijk dat er sprake is van een depressie. Vrouwen praten niet makkelijk over hun klachten en ook professionals merken een depressie lang niet altijd op. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) zou een zeer geschikte setting zijn om het signaleren van een PPD te verbeteren. Om een depressie betrouwbaar te signaleren kan gebruikgemaakt worden van de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). De EPDS is bedoeld om te screenen, bestaat uit tien vragen en is makkelijk te scoren.

Het hoofddoel van dit proefschrift was om te onderzoeken of het moeders en hun pasgeboren kind helpt wanneer de JGZ de EPDS gebruikt om een PPD te signaleren. Daarnaast is onderzocht welke mogelijkheden er zijn om de screening ook te richten op angst en welke factoren samenhangen met een verhoogd risico op depressie en/of angst. Tot slot is gekeken naar de mate waarin moeders met een PPD behandeld worden, en welke impact een depressie heeft op het zorggebruik en verzuim.

Hoe vond het onderzoek plaats?

Met het Post-Up-onderzoek (onderdeel van de Academische Werkplaats Jeugd in Twente) zijn de effecten van screening gemeten. Moeders in de regio Twente vormden de interventiegroep, moeders uit Deventer en regio Apeldoorn de controlegroep. In Twente vulden moeders een, drie en zes maanden na de bevalling voorafgaand aan het consult op het consultatie-

Dr. A. I. van der Zee - van den Berg
Faculty of Behavioural, Management & Social Sciences
(BMS), Universiteit Twente, Enschede, Nederland
a.i.vandenberg@utwente.nl



bureau de EPDS in. De jeugdarts besprak de uitkomst van de EPDS tijdens het consult en kwam in afstemming met de moeder tot een advies. Richtlijn was om bij een EPDS ≥ 13 (vermoeden van een matige tot ernstige depressie) door te verwijzen naar de huisarts of ggz. Bij een score tussen 9 en 12, wijzend op milde klachten, bood de jeugdarts een huisbezoek door de jeugdverpleegkundige aan. In de controleregio kregen de moeders standaardzorg.

Er zijn bij zowel de interventiegroep als de controle-groep drie metingen afgenomen: drie weken postpartum een online vragenlijst, negen maanden postpartum telefonisch de depressiesubschaal van het Mini-International Psychiatric Interview (als gouden standaard voor het vaststellen van depressie) en twaalf maanden postpartum een online eindmeting.

Wat zijn de uitkomsten?

De screening had een duidelijk effect op de mate waarin moeders negen maanden postpartum depressief waren. Van de 1843 moeders in de interventiegroep had 0,6% een ernstige depressie en 2,5% een milde/matige of ernstige depressie. In de controleregio lagen deze percentages met 3,0% en 8,4% beduidend hoger. Ook na correctie voor andere factoren die zouden kunnen bijdragen aan de gevonden verschillen, bleef het effect van screening duidelijk. Daarnaast hadden de gescreende vrouwen twaalf maanden postpartum meer vertrouwen in de eigen opvoedingsvaardigheden en minder angstklachten. Een effect op de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind kon niet worden vastgesteld.

Met de EPDS werd angst onvoldoende gemeten; de scores op de totale EPDS en ook op een mogelijke angstsubschaal (vraag 3, 4, 5) kwamen maar matig overeen met de scores op een ander afgenomen angst-instrument (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI-6). Analyse van de risicofactoren liet zien dat een eerdere depressie, een slechte gezondheid en minder vertrouwen in de eigen opvoedingsvaardigheden samenhangen met een hoger risico op zowel depressie als angst. Er waren ook verschillen – vooral wanneer moeders thuis geen Nederlands spraken en snel met borstvoeding stopten, hadden ze een verhoogd risico op depressie. Een lagere opleiding, vroeggeboorte, negatieve ervaringen van de moeder rond de geboorte, het veel huilen van de baby en weinig ervaren steun van de partner hingen vooral samen met een hoger risico op angst.

Tot slot bleek dat in de controleregio maar een beperkt deel van de moeders met een PPD professionele hulp heeft ontvangen. Ruim twee derde van de moeders heeft een hulpverlener gesproken, maar minder dan 40% is daadwerkelijk behandeld. Depressieve moeders maakten wel meer gebruik van andere zorg (zoals de fysiotherapeut of de spoedeisende hulp), niet alleen voor zichzelf maar ook voor hun kind. Ook verzuimden moeders met een depressie beduidend meer van hun werk.

Wat is de meerwaarde/nieuws waarde voor de JGZ-praktijk?

Dit proefschrift laat zien dat de JGZ een heel belangrijke rol heeft in het signaleren van een PPD. Gezien de grootte van het effect zouden alle pas beval-len moeders gescreend moeten worden – dit mag niet van lokale ambities afhankelijk zijn. Landelijk moet screening op een goede manier geïntegreerd worden in het standaardaanbod van de JGZ.

Naast signalering kan de JGZ haar rol versterken door een laagdrempelig aanbod te creëren voor moeders met milde depressieklachten, om het aantal moeders dat behandeling of ondersteuning krijgt te vergroten. Dit geldt ook voor het bevorderen van de ouder-kindinteractie bij moeders met milde klachten. Het prenatale huisbezoek en het contact met moeders rond de kinkhoestvaccinatie bieden de JGZ extra mogelijkheden om signalering al tijdens de zwangerschap te starten. In samenwerking met andere professionals in de keten van de geboortezorg, bijvoorbeeld binnen coalities rondom Kansrijke Start, kan ingezet worden op een doorlopende signalering vanaf de zwangerschap en een *stepped care*-aanbod.

Verder onderzoek is nodig naar het signaleren van angstklachten, maar de JGZ kan al wel preventief aanbod inzetten op factoren (in het bijzonder na de bevalling) die samenhangen met een hoger risico. Deze stappen zullen goed moeten worden uitgewerkt en daarom zullen beleidsmakers bereid moeten zijn om te investeren. Het terugdringen van de maatschappelijke kosten die gepaard gaan met PPD en bovenal het belang van de toekomstige generatie maken deze investeringen meer dan de moeite waard.

Dr. A.I. van der Zee - van den Berg, jeugdarts